

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor FAUVEL

Né le 23 Juillet 1894, à Gaël

TRAITEMENT
DE L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE
par la massothérapie immédiate
Méthode de Fège

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

91

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor FAUVEL

Né le 23 Juillet 1894, à Gaël



TRAITEMENT
DE L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE
par la massothérapie immédiate
Méthode de Fège

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
	DUPRE.
	JEANSELME.
	P. MARIE.
	TEISSIER.
	DELBET.
	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	DE LAPERSONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	J. L. FAURE.
	Aug. BROCA.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies contagieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile	
Clinique thérapeutique	
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETTERER.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	HOUVIERE.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBÉ HENRI.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR WIDAL

MEMBRE DE L'INSTITUT

A M. LE DOCTEUR GEORGES CAUSSADE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

A M. LE DOCTEUR ALBERT FÈGE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A M. LE DOCTEUR BODIN
PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A MES AMIS

INTRODUCTION

La massothérapie de l'arthrite blennorragique à la phase aiguë fut proposée, en 1910, par le D^r A. Fège qui, dans sa thèse inaugurale en posa le principe, développa sa technique et exposa ses résultats.

Ayant pu, sous la direction de son auteur, appliquer nous-même cette méthode dans plusieurs cas d'arthrites gonococciques nous voudrions montrer que la sécurité de sa technique et la constance de ses résultats doivent en faire une méthode de choix dans la cure des arthropathies blennorragiques.

Qu'il nous soit permis, au début de cet exposé, de remercier le D^r A. Fège de ses bons conseils et de sa bienveillante direction.

HISTORIQUE

Depuis qu'en 1869, Fournier donna sa magistrale description de l'arthrite blennorragique, depuis que Féréol et après lui Lorrain, l'individualisèrent en tant que manifestation blennorragique, de multiples traitements furent tour à tour proposés contre cette redoutable complication.

De bonne heure l'attention des auteurs fut attirée vers la tendance remarquable de cette arthrite à produire l'ankylosé, et dès 1880 nous la voyons prendre place dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie sur la mobilisation ou l'immobilisation dans les maladies articulaires.

Verneuil pensant que « l'immobilité étant pour les articulations enflammées le meilleur antiphlogistique, le meilleur moyen d'éviter l'ankylose c'est de prolonger l'immobilisation ». Le Fort soutenant, au contraire, que : « surtout quand il s'agit d'arthrite blennorragique, la mobilisation est la règle lorsqu'elle peut s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées, »

Avec Le Fort, Duplay, Lucas-Championnière, luttèrent contre la doctrine de Verneuil, et dès 1890, le D^r J. Fège, à qui sa grande expérience permettait semblable tentative, applique dans le service du Professeur Le Fort, sa méthode du massage précoce aux arthropathies blennorragiques.

Néanmoins l'immobilisation, bien que tempérée par les attaques précédentes, restait pour la plupart des chirurgiens, formellement indiquée pendant toute la durée des phénomènes inflammatoires.

Cependant de nouveaux traitements étaient proposés, la séro et la vaccinothérapie faisaient leur apparition et le traitement prenait une orientation nouvelle.

TRAITEMENTS ACTUELS

DE L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE

Ricord disait, il y a près d'un siècle : « Si je dois aller en enfer, je sais le supplice qui m'attend : c'est de me voir entouré de blennorragiens m'obsédant de leurs lamentations et de leurs instances pour obtenir guérison. » La phalange des rhumatisants ne serait sans doute pas la moins bruyante, et même à l'heure actuelle c'est à peine si le grand homme pourrait envisager l'au-delà avec plus de sérénité.

Pourtant dans ces dernières années, nombreux furent les traitements tour à tour proposés.

« Un principe domine toute la thérapeutique de l'arthrite blennorragique, dit M. Félix Ramond : il faut immobiliser l'articulation atteinte, puis mobiliser dès que la résolution des phénomènes inflammatoires le permet ».

Nous verrons bientôt ce qu'il faut penser de cette thérapeutique d'abstention.

On n'emploie plus guère aujourd'hui les divers révulsifs, non plus que les différents liniments et emplâtres sédatifs.

M. Balzer préconise l'action bienfaisante du bain térébenthiné, certains auteurs font des injections de sacicylate de soude; en Italie on emploie couramment les injections d'électragol.

L'électrothérapie a été proposée tout d'abord par M. Delherm, qui « galvanise les arthrites blennorrhagiques dès la période inflammatoire et fébrile ». La diminution de la douleur, la résolution de l'œdème, permettraient la mobilisation active précoce. L'auteur aurait obtenu des résultats très encourageants que confirment MM. Laquerrière, Billinkin et Petit.

La méthode de Bier, qui se propose de provoquer au niveau de l'articulation une hyperémie veineuse plus ou moins prolongée, a été diversement appréciée. Hirsch n'a pas eu de résultat et M. le professeur Robin la juge ainsi : « j'avoue n'avoir pas observé de diminution des douleurs, tout au contraire. Je n'ai pas eu davantage de résolution. Peut-être même dans un de mes cas ai-je noté une aggravation des symptômes ».

La radiumthérapie, soit par l'emploi de boues radifères, d'appareils radifères à sels collés, ou par injections intra-veineuses ou intra-articulaires de sels de radium, a donné de bons résultats entre les mains de Soupault et de Wickam, puis de Domicini, Gy et Chevrier.

La thermothérapie, proposée par Bier pendant la phase initiale des accidents articulaires, employée systématiquement par Gumspan, Ronbach, est considérée comme un adjuvant utile des autres méthodes.

En somme le but que se proposent tous ces traitements

locaux est l'atténuation de la douleur et des phénomènes fluxionnaires permettant une mobilisation précoce. Nous verrons que la massothérapie réalise aussi rapidement ces deux indications.

Nous rappellerons qu'on a proposé dans le cas d'épanchement intra-articulaire abondant, la ponction évacuatrice, suivie ou non d'injections modificatrices. (Gosselin, Rendu, Bruci).

Quant au traitement chirurgical proprement dit, employé tout d'abord dans l'hydarthrose par MM. Thierry, Walther, Spencer, qui faisaient suivre l'arthrotomie d'un badigeonnage de la synoviale au chlorure de zinc, il a vu peu à peu ses indications se réduire à la seule arthrite purulente (Morestin). Même dans ce cas, M. le professeur A. Robin la réprouve absolument et M. Mauclair dit ne pas avoir obtenu de résultats très démonstratifs.

Nous devons signaler, pour terminer, quelques observations, prises récemment dans le service de M. le professeur Hartmann, d'arthrites gonococciques avec épanchement, traitées par la méthode de Willems.

Sérothérapie antigonococcique

Les premiers essais de sérothérapie tentés par les médecins américains Rogers et Tory en 1906, trouvèrent peu d'écho en France et furent suivis surtout en Angleterre et en Amérique. Schmidt, au Congrès des médecins et chirurgiens de Mai 1910, note d'ailleurs 5 guérisons seulement sur 22 cas traités et 14 améliorations.

Aussi MM. Pissavy et Chauvet proposent-ils dès 1909, l'emploi du sérum antiméningococcique qu'employèrent avec succès MM. Ramond, Chiray, Brin. M. Bonnamour, rassemblant 31 cas publiés, note qu'on a obtenu 21 fois la guérison complète, 9 fois une grande amélioration, 6 fois une amélioration nette; on n'a enregistré que 3 insuccès. Néanmoins la sérothérapie reste effacée et MM. Debré et Jean Paraf ont pu dire en 1919 : « Les auteurs qui ont tenté de traiter les différentes manifestations de la blennorrhagie par les injections sous-cutanées de sérum n'ont observé que des insuccès et cette méthode est à peu près abandonnée actuellement ».

Le sérum, d'après ces auteurs, doit être porté au niveau même des lésions, et J. Paraf employant les injections intra-articulaires du sérum que M. Nicolle prépare à l'Institut Pasteur, note 14 guérisons sur 16 cas traités. Mais de l'avis même des promoteurs de la méthode, le champ d'action de la sérothérapie est limité par l'exposibilité de traiter certaines jointures.

Le même reproche s'adresse à l'autoplasmothérapie qui consiste à injecter sous la peau voisine de l'articulation une certaine quantité de la sérosité articulaire recueillie par ponction. M. Félix Ramond y combine l'injection d'air stérilisé dans la synoviale.

Vaccinothérapie antigonococcique

Depuis Wright, qui employait une simple émulsion de gonocoques tués par la chaleur, de nombreux auteurs,

variant les techniques de préparation proposèrent successivement divers vaccins : Mauté, Mainini, Mac Kinney, Cunningham, Panoff, Coston, Irons, Schmidt, au Congrès américain de 1910, note sur 50 cas traités, 17 guérisons et 28 améliorations ; une statistique plus récente rapportée par M. Bonnamour montre que, sur 195 cas traités, on a obtenu 84 fois la guérison complète, 91 fois une grande amélioration ; 20 cas n'ont retiré aucun bénéfice de la médication, ce qui constitue un déchet assez considérable.

M. Cruveilhier, appliquant au gonocoque la méthode des virus vaccins sensibilisés de M. Besredka obtient de bons résultats confirmés par MM. Dopfer, (Société médicale des Hôpitaux 1911) Netter (id. 1911) Florand et Malleterre (id. 1914), Haworth (British medical journal 1918).

M. Maurice Renaud prépare son vaccin en soumettant une émulsion de gonocoques aux irradiations ultra-violettes.

MM. Nicolle et Blaizot présentent en 1913, à la Société de Biologie un nouveau vaccin : « le Dmégon » obtenu par association du gonocoque au synocoque et émulsion des cultures dans une solution de fluorure de sodium. Le Dmégon donne de bons résultats entre les mains de MM. Siredey, Bard et Lequeux ; par contre M. le P^r. P. Delbet note des résultats nuls dans le rhumatisme blennorrhagique et l'avis de M. Noguès est que « le vaccin de Nicolle et Blaizot a une activité qu'on ne peut contester puisqu'il réussit dans certains cas, mais qu'il pré-

sente en revanche une inconstance absolument déconcertante. » M. Legueu, dans « La Clinique » du 19 juin 1914, fait la même constatation.

MM. Le Moignic, Sézary et Demonchy, remplaçant l'excipient aqueux par un excipient huileux, proposent le Lipogon.

MM. Lumière et Chevrotier emploient un entéro-vaccin antigonococcique : la Rhéantine.

M. Creuzé prépare un vaccin polymicrobien chauffé, avec lequel M. Baril obtient des résultats favorables, confirmés récemment par Pignol (Thèse de Paris 1919).

M. Salimbini prépare actuellement à l'Institut Pasteur un vaccin provenant de 3 races de gonocoques. Enfin, le dernier en date, croyons-nous, est le vaccin de Bruschetini de Gênes.

Nous ajouterons la sulfovaccinothérapie employée pour la première fois par MM. A. Robin et Maillard, puis par M. Lœper et que M. Bergeron associe à la vaccinothérapie.

Nous avons passé en revue les différents vaccins employés actuellement dans les divers services hospitaliers. Nous ne saurions contester les mérites de chacun d'eux ; ils ont donné des résultats incontestables et la haute autorité de ceux qui les préconisent est la plus sûre garantie de leur valeur. Cependant l'avis de M. Legueu est que « la vaccinothérapie n'a pas résolu de façon surprenante le traitement de l'infection blennorragique », et nous concluerons avec M. Cruveihlier : « Cette méthode est susceptible d'exercer une influence favorable sur l'évolu-

tion de l'infection blennorragique et particulièrement de ses complications... mais... il faut se garder de trop lui demander, ni surtout d'en attendre des résultats immédiats et constants.

La voie reste donc ouverte à une méthode remplissant à la fois ces deux conditions.

MASSOTHÉRAPIE IMMÉDIATE DE L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE

Il serait préférable d'employer, au cours de cet exposé, le terme massothérapie plutôt que celui de massage qui, ici plus que jamais, a besoin de se dégager « des vieilles conceptions empiriques qu'il évoque ». Cependant nous continuerons à parler de massage, restant bien entendu qu'il s'agit d'une méthode thérapeutique avec ses indications, sa technique, sa posologie propres.

De plus la dénomination de massage précoce ayant pu donner lieu à quelque équivoque, nous lui substituerons, le massage immédiat, indiquant par là qu'il doit être appliqué dès le début, dès que le diagnostic d'arthropathie blennorragique a été posé.

Nous rappellerons brièvement quelles considérations ont amené à l'emploi de la massothérapie dans l'arthrite blennorragique ; nous montrerons ensuite que cette méthode ainsi comprise échappe aux critiques habituellement dirigées contre les méthodes kinésithérapiques en général ; nous terminerons par un rapide exposé de la technique à suivre.

Devant une arthrite blennorragique, de quelque forme

qu'il s'agisse — la forme purulente étant mise à part — une indication impérative se présente tout d'abord : diminuer la douleur. Or l'effleurage superficiel, convenablement appliqué, commençant d'abord loin du mal, puis gagnant insensiblement les régions douloureuses amène plus ou moins rapidement une sédation remarquable ; la sensation de brûlure et d'élançement fait place à une douce chaleur envahissant tout le membre, et ce bien-être, accusé par le malade dans tous les cas, s'étendant à la séance suivante permet à tel malade qui ne dormait pas depuis 8 jours, de passer, dès la première intervention, une nuit reposante.

Une seconde indication est de diminuer le gonflement articulaire et péri-articulaire ; or depuis les travaux de Mosengeil, il est admis que le massage amène la résorption des liquides épanchés dans une articulation. Il produit en effet une activité circulatoire manifeste. Commenant au-dessus de la lésion, il désencombre les voies de retour, rend perméables les voies veineuses et lymphatiques engorgées, produit un véritable appel dans la zone supra-focale et réalise ainsi une « chasse des infiltrats pathologiques »

Il faut aussi veiller à l'état des muscles paraarticulaires, calmer leur tendance à la contracture, empêcher leur atrophie réflexe ; or, les résultats expérimentaux de Castex et cliniques de J. Fège, concourent à montrer que le muscle massé conserve son intégrité histologique et récupère à bref délai sa puissance fonctionnelle.

Le massage nous apparaît donc comme l'antiphlogis-

tique de choix dans le cas qui nous occupe. En effet, l'immobilisation seule, veille tout au plus à ce que rien ne vienne troubler la mise en œuvre des processus de défense. L'hyperhémie veineuse que provoque la bande élastique aide déjà l'organisme dans sa lutte ; le massage fait plus : non seulement il amène sur place les humeurs bactéricides mais il assure la chasse des résidus de la lutte. Le massage, si l'on veut bien nous permettre cette comparaison, provoque non seulement l'arrivée de troupes de renfort mais assure l'évacuation des troupes fatiguées désormais incapables de combattre.

Ainsi le massage est susceptible d'agir favorablement à la fois sur tous les éléments qu'intéresse la phlegmasie ; et il serait intéressant, à ce point de vue, de compléter ces notions par l'étude radiologique des altérations des extrémités osseuses, signalées par MM. Achard et Hirtz et que MM. Dufour, Ravina et Guillard considèrent comme fréquentes dans la polyarthrite. Le massage précoce n'aurait-il pas une action préventive sur ces processus d'ostéite raréfiante et ne permettrait-il pas d'éviter ces séquelles douloureuses, témoins de lésions anatomiques persistantes.

Quoi qu'il en soit nous nous trouverons rapidement en présence d'un article qui n'est plus douloureux, qui n'est plus distendu par l'infiltrat fibrogène ; que la vigilance, désormais inutile des muscles, n'immobilise plus. Nous allons pouvoir profiter de cette accalmie pour commencer la mobilisation qui nous assurera contre l'ankylose. Mais ici nous redoublerons de prudence ; nous

sommes dans un état instable. La salubre rémission des phénomènes inflammatoires ne va-t-elle pas faire place à une reprise de la phlegmasie, compromettant ainsi notre gain ? Non, si nous demandons au malade de faire lui-même les mouvements qui lui sont possibles. Nous dirigerons ce premier essai ; nous calmerons un malade trop zélé ; nous stimulerons un malade trop pusillanime ; dans tous les cas nous nous arrêterons avant la douleur. Et à ce point de vue, qu'on nous permette une remarque : nous avons toujours été frappé de la désinvolture avec laquelle, les personnes inexpérimentées manipulaient des articulations que nous touchions nous-même avec tant de précautions.

La mobilisation active ainsi réglementée a pu n'aboutir le premier jour qu'à une ébauche de mouvement ; qu'importe, le malade n'a pas souffert, ses muscles ne seront pas sur la défensive à la prochaine tentative, et le lendemain nous pourrions leur demander un nouvel effort. Mais il arrive un moment où le malade ne fait plus de progrès ; il n'est pas arrêté par la souffrance, mais il ne peut plus, il ne sait plus diriger son effort. Nous interviendrons alors, par la mobilisation passive, pour parfaire le mouvement, pour le compléter jusqu'à ce qu'il arrive à sa limite physiologique. Ainsi, suivant de près notre malade, notant jour par jour ses réactions locales et générales, « grâce au contrôle incessant que les doigts exercent sur l'état des tissus et le degré de leur réaction », nous avons pu, dirigeant notre thérapeutique avec la sécurité qu'exige toute méthode de traitement

restituer à cet article que guettait l'ankylose, la complète intégrité de ses fonctions normales.

Mais, nous ne sommes arrivé à ce *restitutio ad integrum*, que parce que nous avons massé dès le début, en pleine période aiguë.

Le docteur A. Fège a suffisamment insisté dans sa thèse sur l'indication formelle qu'il y avait à intervenir précocement, — dirons-nous immédiatement — pour qu'il nous soit inutile d'y revenir ici. Rappelons seulement la constatation clinique qui a amené logiquement l'auteur à cette intervention précoce : « Si l'on masse une articulation refroidie et déjà ankylosée, la seule condition pour lutter efficacement contre l'ankylose, c'est que, sous l'influence des manipulations, il se produise une réaction des tissus, une phase subaiguë, même aiguë », indice de la perméabilisation des tissus. « Quel temps on a perdu, ajoute l'auteur, puisque à un moment donné de l'évolution de la maladie, à son début, il y avait des phénomènes subaigus ou aigus, que l'on n'avait qu'à apaiser pour arrêter la tendance à la plasticité, pour prévenir l'ankylose ».

*
**

Ces phénomènes aigus qui nous apparaissent, en somme, comme une salutaire réaction de l'organisme qu'il s'agit simplement de discipliner et d'apaiser, n'en continuent pas moins à être, pour la majorité des auteurs, l'indication d'une seule entité thérapeutique : l'immobilisation, et M. Mauclore écrit en 1912 : « Il faut immobiliser, mais pas longtemps ; dès que la période aiguë est terminée, au bout de 15 jours en moyenne, il ne faut

plus immobiliser. Il faut masser de très bonne heure à cause de l'atrophie musculaire et des attitudes vicieuses qui en sont la conséquence. Donc, massage précoce et pas intempestif ; si le malade souffre de nouveau, on s'arrêtera de masser et on reprendra l'immobilisation. »

On admet donc le massage précoce ; on n'admet pas le massage immédiat, il faut attendre la fin de la période aiguë. Mais dès lors à quel moment pourrions-nous intervenir ? Le terme de 15 jours nous semble quelque peu arbitraire, certaines arthrites présentant tous les caractères de l'état inflammatoire au bout de deux mois et plus. Il est très probable que si nous intervenons à ce moment, nous trouverons un article en voie d'ankylose, sinon complètement soudé. Ces quinze jours d'attente sont quinze jours de perdus. Il faut lutter de vitesse avec le processus d'apposition fibrino-plastique ; nous ne partirons jamais trop tôt. D'autant que « plus on arrive tôt, plus on masse dès le début, plus on a sous la main des tissus moins anormaux, plus rapprochés de l'état normal », et nous courons la chance d'éviter des lésions ligamentaires et osseuses irrémédiables...

Mais d'après M. Durey, deux sortes de considérations s'opposent à cette intervention massothérapique immédiate : « c'est d'abord l'infection pour laquelle il convient d'éviter toute espèce de traumatisme intra-articulaire, et enfin la douleur aiguë, tenace, qui empêche toute tentative de mobilisation, voire même d'attouchements ».

Nous sommes surpris de constater cette double crainte,

partant d'une interprétation défectueuse de ce que doit être l'intervention à ce moment critique. Il est certain que tout traumatisme intra-articulaire doit être évité, aussi évitons-nous soigneusement de traumatiser, même légèrement tout article enflammé. Nous éviterons avec non moins de soin toute tentative de mobilisation, mais on nous permettra de retenir les attouchements, qui, s'ils sont bien dirigés et méthodiques suffiront à faire disparaître cette douleur qui semblait devoir les contre indiquer.

On craint donc les complications locales ; on craint aussi les complications générales et nous lisons dans le traité de Kinésithérapie de M. le Pr Paul Carnot, au chapitre des contre-indication de la kinésithérapie, un passage relatif à l'arthrite gonococcique que nous reproduisons intégralement, car il sera pour nous plein d'enseignements : « S'il s'agit d'un rhumatisme blennorragique encore mal refroidi, les méthodes kinésithérapiques peuvent être détestables, réveiller l'inflammation, mobiliser les microorganismes qui s'étaient fixés et même en exalter la virulence.

C'est ainsi que récemment, nous avons eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Broussais, une arthrite blennorragique du genou, encore mal éteinte, après un délai de plusieurs semaines, et chez qui l'on fit, par crainte de l'ankylose, une mobilisation encore trop hâtive. Or, non seulement le membre se tuméfia, devint rouge et douloureux ; mais encore il se produisit des poussées de fièvre, avec grands frissons, accompagnées d'arthropathies mul-

tiples qui, heureusement ne persistèrent pas, et qui témoignaient d'embolies gonococciques multiples.

Il en est parfois ainsi, avec résultats déplorables (sans compter les menaces d'embolies) dans le traitement trop précoce des phlébites par la mobilisation et le massage ».

M. le Pr. Paul Carnot s'élève à juste titre contre ces manœuvres kinésithérapiques, qui, mal comprises, peuvent être en effet très dangereuses. Il y a une « dose toxique qu'il ne faut pas dépasser », ajoute l'auteur ; nous dirons même, qu'il ne faut pas atteindre.

Ainsi, nous voyons condamner la mobilisation, même après plusieurs semaines, par crainte de la reprise des phénomènes inflammatoires. N'y a-t-il donc rien à faire ; sommes-nous complètement désarmés et devons-nous assister, impuissants, au processus implacable de l'ankylose ? Nous ne le pensons pas. Nous devons considérer, au contraire, que tout traitement aboutissant à l'ankylose doit être banni de la thérapeutique des arthropathies blennorrhagiques.

La mobilisation peut être la cause de véritables désastres, dit-on, quand elle s'adresse à un article jusqu'alors maintenu dans l'immobilité ; mais si, par le massage on entretient dans cet article une nutrition normale, si on modifie les phénomènes inflammatoires, la mobilisation pourra être plus hâtive sans être dangereuse.

Nous ne dirons donc pas : mobilisation et massage mais massage et mobilisation. Il ne nous paraît pas inutile d'insister sur ce point, car, quand on aura bien compris que massage et mobilisation sont deux temps connexes

mais non identiques, celui-ci complétant celui-la et n'apparaissant qu'à son heure, la massothérapie des arthrites aiguës n'apparaîtra plus comme une tentative trop hardie.

De plus la mobilisation intempestive, parce que non préparée, est susceptible, avons-nous vu, d'essaïmer dans tout l'organisme des embolies microbiennes ; mais si, dosant notre action, nous libérons, au niveau du foyer inflammatoire, des quantités infiniment petites de microorganismes, — microorganismes atténués par l'hyperactivité des défenses que nous avons stimulées, n'aurions-nous pas réalisé une auto-vaccination idéale ?... Cette conception n'est pas une simple vue de l'esprit et on nous permettra d'y voir peut-être un nouveau mode d'action du massage.

Nous avons en effet, au cours de nos traitements, observé, non pas ces arthropathies multiples avec phénomènes généraux intenses, signalés ci-dessus, mais de légères arthralgies, très fugaces d'ailleurs, et qu'un simple effleurage faisait disparaître, témoignant d'une action qui ne serait plus simplement locale. Il est vrai qu'on peut nous objecter qu'il est dans la nature du rhumatisme blennorragique de présenter ainsi au cours de son évolution, ces légères poussées arthralgiques. Nous pouvons néanmoins admettre que le massage a pu agir sur leur apparition.

Dans le même ordre d'idées il nous paraît intéressant de rapprocher de la réaction locale et générale que les auteurs signalent après les injections vaccinales, que M.

Cruveilhier recherche systématiquement comme étant la signature de l'action du vaccin, la réaction tout à fait comparable observée au cours de nos traitements. Nous avons toujours entendu nos malades accuser « ce travail au siège du mal », accompagné souvent d'une légère poussée fébrile, et nous avons pris l'habitude, au début du traitement, d'avertir nos malades que, vers la quatrième ou cinquième séance, il y aura une légère reprise des douleurs. Ici, pas plus que dans le traitement vaccinothérapique, cette légère réaction ne sera, cela va sans dire, une indication d'interrompre le traitement.

En somme, que le massage ait ou non une action générale, convenons qu'avant la dose toxique qu'il ne faut pas atteindre, il y a place pour une dose *optima*, et le médecin, à défaut d'expérience, devra recourir à tout son sens clinique pour apprécier à quel moment ses doigts auront assez fait pour aider la nature.

*
**

Nous traiterons donc par la massothérapie toute arthrite blennorragique non purulente : la forme arthralgique où nous aurons surtout la douleur à combattre, la forme hydarthrosique où l'épanchement récidive si facilement, la forme polyarticulaire subaiguë, ordinairement bénigne, la forme monoarticulaire pseudo-phlegmoneuse de Duplay et Brun, le plus souvent sévère et grave pour l'avenir du membre. Or, comme au début il est impossible de prévoir l'évolution de chacune de ces formes, comme chacune d'elles est susceptible d'évoluer vers la forme plastique ankylosante, il est indiqué de prévenir toute séquelle fâcheuse par l'intervention rapide, immédiate.

Nous avons mis à part la forme purulente, mais il convient de spécifier que nous entendons parler de la forme franchement purulente, avec gonflement énorme, chaleur, rougeur, s'accompagnant de fièvre, de frissons, témoignant d'une véritable pyémie. Or, cette forme est exceptionnelle. Ce qu'on trouve, en pratique, beaucoup plus fréquemment, est l'arthrite séro-purulente, celle que M. le Pr. Vidal décrit comme évoluant d'une façon subaiguë, dont « le liquide épais, visqueux, semble sur le point de devenir purulent et rappelle le pus catharral de Volkmann ». (in traité Brouardel Gilbert. Tome VIII).

N'ayant pas pratiqué de ponctions, nous n'avons pu nous rendre compte de la nature de l'épanchement intra-articulaire, mais nous sommes persuadé que plusieurs de nos cas auraient pu être classés dans ce groupe de pyarthroses subaiguës. Ici, comme dans les autres formes, le massage s'est montré pleinement efficace.

Nous inspirant de la thèse du Dr. A. Fège, nous esquisserons la technique générale du traitement, renvoyant à l'ouvrage original pour sa mise en œuvre dans chaque cas particulier.

La première séance débutera par un effleurage superficiel très léger, « ce doit être un souffle caressant s'exécutant loin du foyer douloureux tout d'abord, pour gagner ensuite vers les lésions ».

Cet effleurage, s'il est suffisamment léger, sera possible dans tous les cas ; il sera plus ou moins long et même pourra faire seul les frais de la première séance ; mais le plus souvent au bout de vingt minutes la sédation

de la douleur est suffisante pour amorcer l'effleurage profond. Celui-ci commençant toujours au-dessus du foyer douloureux, ne gagnera la région enflammée que lorsqu'il pourra le faire sans réveiller la douleur. Des pressions digitales et manuelles viendront s'associer bientôt à cet effleurage profond et « alors on refoulera, mais toujours avec légèreté les liquides épanchés à travers ces tissus pathologiques ; on les dirigera vers la limite où les voies de résorption sont toutes prêtes ».

La séance n'a pas été pénible pour le malade ; une sensation agréable de chaleur fait place à la sensation de tension et d'élançement ; l'article sera remis dans l'immobilité. Le plus souvent le malade s'endort après notre départ : il dormira sûrement la nuit suivante si nous faisons une autre séance dans la soirée.

Le lendemain et les jours suivants nous retrouvons notre articulation de nouveau tendue, de nouveau douloureuse : « la sérosité infiltrante est en effet plus considérable que la résorption n'est rapide. Il y a bien eu détente, mais elle est surtout superficielle ; il est difficile en effet d'atteindre immédiatement les masses profondes. Celles-ci sont encombrées et ne servent pas encore de voie de résorption ».

Mais dès la 6^e séance, les pressions ayant pu atteindre ces masses profondes, les ayant perméabilisées à leur tour, la résorption va être rapide et le gonflement diminuer rapidement.

Donc, premières séances : anesthésie et activité circu-

latoire superficielle ; gonflement stationnaire, aucun progrès apparent.

6^e, 7^e séances : activité circulatoire profonde s'ajoute à la superficielle ; résorption plus rapide ; chaque jour maintenant il y a diminution du gonflement.

Nous pouvons, dès ce moment, demander au malade de faire quelques tentatives prudentes de mouvements. Mais ainsi que nous l'avons déjà dit, ces mouvements seront prudents, réglés, progressifs. Ils seront ainsi bien tolérés et, « complèteront la résorption de l'épanchement intra-articulaire, et prépareront les muscles à récupérer leur contractilité.

Vers la 10^e séance, la massothérapie interviendra par la mobilisation passive pour augmenter l'amplitude du mouvement sans cependant dépasser, à aucun moment, la limite que la douleur lui assignera.

A partir de la 15^e séance : retour du fonctionnement de l'articulation ; mais le malade n'est pas guéri. Dans cette articulation d'apparence normale certains points restent encore douloureux ; « il faut aller à la recherche de ces points douloureux profonds et les faire disparaître » par du pétrissage.

Nous arriverons ainsi à la 25^e séance ; et alors nous pourrons espacer les massages, ne voir notre malade que tous les deux jours par exemple.

Enfin, « lorsque tous les points douloureux profonds, insertions des ligaments, gâines tendineuses, sont abolis à la pression, que les muscles ont récupéré leur tonicité, que les mouvements actifs et passifs sont indolores à l'ex-

trême flexion ou extension, que le malade n'éprouve aucune fatigue de l'usage de son membre, qu'il se présente à nous après une quinzaine, tel que nous l'avions laissé, il est guéri ».

C'est de cette façon que nous avons conduit nos traitements, c'est dans cet esprit que nous avons apprécié leurs résultats.

Ce que nous avons dit de la technique à suivre, n'est évidemment qu'un schéma ; les manipulations, non plus que le moment d'apparition de chacune d'elles, ne sauraient être réglées d'une façon trop rigide : une simple arthralgie par exemple pourra céder au bout de 4 ou 5 séances, alors qu'une monoarthrite retiendra nos soins plus longtemps.

Néanmoins l'allure générale du traitement est suffisamment nette pour servir de guide. Nous nous efforcerons d'ailleurs, dans la rédaction de nos observations, de préciser certains points particuliers de technique.

Ces observations que le Dr. A. Fège a bien voulu nous confier ont été prises de 1911 à 1914 dans les services des Professeurs : Quénu, Widal, Queyrat, Michon. Nous y ajouterons quelques observations plus récentes qui nous sont personnelles.

Il résulte de l'examen des unes et des autres que le massage s'est affirmé, dans tous les cas, comme capable de réaliser à coup sûr la guérison.

Quelques malades ont été suivis ; tous sont unanimes à déclarer qu'ils ont pu reprendre leur travail, dès leur sortie de l'hôpital, et le continuer sans ressentir aucune gêne au niveau de l'articulation traitée.

On pourrait nous objecter que beaucoup de nos interventions n'ont pas été à proprement parler, immédiates, ayant débuté pour la plupart entre le 5^e et le 10^e jour de l'affection. Cela tient à ce que les malades ne sont pas entrés de suite à l'hôpital, ou que le diagnostic n'a pas été posé immédiatement.

A ce sujet il nous paraît intéressant de rappeler que chez la femme, l'apparition des arthropathies blennorragiques au cours de la période cataméniale est la règle. Cette relation que nous avons recherchée systématiquement a rarement manqué dans nos observations et elle nous paraît être d'un précieux secours pour le diagnostic.

Une dernière question doit être abordée : étant donné les effets respectifs du massage et des autres méthodes, en particulier de la bactériothérapie, n'y aurait-il pas avantage à associer les deux modes de traitements ? Nous n'avons pas une expérience suffisante de ce traitement mixte pour qu'il nous soit possible d'apprécier sa valeur. Les conditions dans lesquelles nous avons été amenés à associer les deux traitements ont été en effet les suivantes : le traitement bactériothérapique n'ayant pas donné le résultat attendu, on nous demandait d'intervenir pour traiter les raideurs articulaires qui persistaient. Nous ne pouvons donc préjuger du résultat que donnerait l'application simultanée des deux méthodes.

Aussi bien notre but était de montrer, qu'avec la massothérapie immédiate, on disposait d'un moyen thérapeutique plus efficace qu'aucun autre, trop heureux si nous avons pu faire partager notre foi en cette méthode déjà si fertile en applications.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Obs. I. — P... L..., 27 ans, ménagère.

Périarthrite gonococcique du coude droit. Epicondylalgie.

Début le 19 avril 1911.

Massothérapie le 21 avril 1911. 2^e jour.

A ce moment, gonflement région épicondylienne, rougeur, douleur très vive. Impossibilité de la flexion et de l'extension.

Le 24 la malade s'habille seule.

Dernière séance le 5 mai. La malade sort guérie.

Obs. II. — M... E..., 26 ans, employé.

Périarthrite blennorragique du cou de pied gauche.

Début le 22 juin 1911, entre à Cochin le 24, en sort le 22 juillet non guéri, revient le 24 juillet.

Massothérapie le 24 juillet. — L'intervention a été tardive, mais la persistance des phénomènes inflammatoires peut permettre de faire rentrer ce cas dans les interventions précoces.

Le 10 Août, le malade fait 8 kilomètres sans aucun gonflement.

Dernière séance, 11 Août. Durée 19 jours, 16 séances, guérison.

Obs. III. — C... Ferdinand, cycliste.

Arthrite blennorragique du genou droit, hydrartrose.

Début le 20 Août 1911. Entre à Ricord le 28 Août.

Massothérapie le 6 septembre 1911.

Choc rotulien net, douleur latéro-rotulienne, atrophie du quadriceps. Cou de pied gonflé, douleur au poignet gauche.

Le malade sort le 17 septembre 1911, revu le 18, le 20, le 23. A cette date, le malade a repris son travail.

Durée 18 jours, 11 séances, guérison.

Obs. IV. — V... A..., 19 ans, tailleur.

Arthrite blennorragique de l'épaule gauche.

Début le 5 Octobre 1911.

Massothérapie au 5^e jour. (10 octobre 1911).

Gonflement et douleur surtout au niveau de la coulisse bicipitale.

Le 12 Octobre, épicondylalgie.

Le 18 Octobre. L'abduction est presque complète.

Dernière séance, le 29 Octobre. Le malade a travaillé toute la semaine.

Durée 19 jours, 11 séances, guérison.

Obs. V. — F... J..., 33 ans, domestique.

Hydrartrose blennorragique et périarthrite du genou droit.

Début le 30 septembre 1911.

Le malade a été traité, il y a un an, à l'hôtel-Dieu, par la vaccinothérapie pour arthrite des deux genoux.

Massothérapie le 12 octobre 1911. 12^e jour.

Cul-de-sac sous-quadricipital très tendu et douloureux.

Extension impossible. Ne peut détacher le talon du lit.

Le 16 : flexion à l'angle droit, détache le talon en extension.

Le 19 : légère reprise des douleurs, le gonflement persiste.

Le 21 : amélioration notable, flexion presque complète.

Le 31 : le malade fait quelques pas.

Dernière séance, 2 décembre, le malade sort guéri.

Durée : un mois et demi, 19 séances, guérison.

Obs. VI. — C..., M..., 28 ans, ouvrier électricien.

Périarthrite blennorragique du cou de pied gauche et du cou de pied droit.

Début le 20 octobre 1911 par arthralgies généralisées.

Localisation à la tibio-tarsienne le 23.

Massothérapie le 24 octobre.

Le 26 octobre : le malade met le pied à terre. Le poignet droit est douloureux ainsi que le genou droit.

Le 3 novembre ; la malade marche bien, le poignet est guéri.

Dernière séance, 6 novembre, sort le 12 novembre 1911.

Revu le 11 décembre, travaille depuis un mois sans fatigue.

Durée 14 jours, 9 séances, guérison.

Obs. VII. — R... R..., 23 ans, mécanicien.

Arthrite blennorragique des 2 genoux et des tibio tarsiennes.

Début le 8 novembre 1911.

Massothérapie le 15 novembre (7^e jour). Jambe gauche surtout atteinte. Cette jambe est immobilisée en flexion, douleur au niveau de l'interligne et du ligament latéral externe, contracture des fléchisseurs. A droite, pas d'attitude vicieuse.

Talalgie gauche, douleur au niveau de la tibio tarsienne.

Le 18 : douleur au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes de la main gauche.

Le 20 : Le malade va seul au bain.

Le 25 le malade marche 5 minutes toutes les heures.

Dernière séance, le 29 novembre, sort le 3 décembre sur sa demande, notablement amélioré mais non guéri.

Durée 15 jours, 10 séances, guérison incomplète.

Obs. VIII. — S... A..., puisatier.

Arthrite gonococcique du poignet droit.

Début le 11 décembre 1911.

Massothérapie le 16 décembre : œdème du 1/3 inférieur avant-bras et main droite, flexion difficile.

Le 2 janvier 1912 : Le malade a travaillé la veille.

Dernière séance le 24 janvier.

Revu le 16 février en très bon état.

Obs. IX. — S... M..., 14 ans, 1/2, employée.

Monoarthrite blennorragique du genou gauche.

Début le 25 octobre 1911.

Massothérapie le 3 novembre, à Héroid.

Entre à Cochin le 3 janvier 1912.

Extension incomplète, la flexion ne dépasse pas l'angle droit.

Le 2 février : la malade fait une chute sur le genou.

Sort le 6 février, guérie.

Obs. X. — L... T..., infirmier.

Périarthrite blennorragique métatarso-phalangienne gauche.

Atteinte de l'article il y a un an, poussée aiguë douloureuse le 31 décembre 1911. Le malade cesse son travail.

Massothérapie le 5 janvier 1912. (5^e jour).

Marche le 10 janvier pendant deux heures.

Le 18 : l'empâtement est notablement diminué, la douleur à la pression presque nulle.

Sort le 3 février, guéri.

Durée : 29 jours, 18 séances, guérison.

Obs. XI. — N... J..., 23 ans, émailleur.

Monoarthrite blennorragique du coude droit.

Début le 16 janvier 1912.

Massothérapie le 22 janvier (6^e jour).

Saillie des culs-de-sac synoviaux, rougeur au niveau de l'épicondyle, tout mouvement est impossible.

Détente nette le 1^{er} Février.

Le 8 : l'œdème profond est très diminué.

Le 14 : la flexion et l'extension sont normales.

Dernière séance le 17, le malade reprend son travail le 19.

Nous avons eu de bonnes nouvelles le 18 juillet 1913.

Durée 27 jours, 25 séances, guérison.

Obs. XII. — S... Marie, 19 ans, fille de salle.

Début le 19 juin 1912. Arthrite et périarthrite blennorragique du pied gauche pseudo-phlegmoneuse.

Massothérapie le 4 juillet (14^e jour).

Rougeur ecchymotique du cou de pied, œdème remontant au 1/3 inférieur de la jambe, atrophie de la jambe et de la cuisse.

Mensuration au niveau du cou de pied — C=31,5.

au niveau des malléoles — M=28,8

Le 9 juillet. C=29,6.

M=27,2.

Le 18 : fait une vingtaine de pas.

Le 1^{er} Août : la malade reste levée de 3 à 7 heures.

Le 12 Août : les règles apparaissent sans incident.

Dernière séance, le 14 Août.

Durée 40 jours, 36 séances, guérison.

Obs. XIII. — B... L..., teinturier, 31 ans.

Arthrite gonococcique radio-carpienne gauche. 11 juillet 1912.

Arthrite gonococcique du cou de pied gauche. 20 juillet.

Massothérapie le 31 juillet 1912.

Le poignet a un aspect pseudo-phlegmoneux, les gaines tendineuses sont tendues et douloureuses.

Au niveau du cou de pied, œdème remontant au 1/3 inférieur de la jambe, synovite des gaines des extenseurs.

Le malade se sert de sa main le 10 Août.

Il marche pendant 20 minutes le 14.

Durée : 14 jours, 12 séances, guérison.

Obs. XIV. — D... R..., terrassier.

Synovite gonococcique des gâines des extenseurs du pied gauche.

Début le 9 novembre 1912. Massothérapie le 23 novembre.

La tibio-tarsienne est intacte, le malade marche difficilement.

Dernière séance : 6 décembre 1912.

Durée : 14 jours, 8 séances, guérison.

Obs. XV. — L... Edouard, employé de banque.

Hydartrose gonococcique du genou gauche.

Début le 2 juin 1913, a travaillé jusqu'au 10 juin.

Massothérapie le 13. Douleur au niveau de la patte d'oie, atrophie légère.

Le 17 : le malade marche portant 75 kilos.

Dernière séance le 18 juillet.

Durée : 35 jours, 15 séances, guérison.

Obs. XVI. — D... F..., 20 ans, garçon de café.

Arthrite gonococcique radio-carpienne gauche. Synovite des gâines des fléchisseurs du pied gauche.

Début : poignet 19 juillet 1913. Pied 8 juillet 1913.

Massothérapie : le 22 juillet.

Le 28 juillet le malade travaille sans souffrir de son poignet et marche sans boîter.

Dernière séance : le 6 Août 1913.

Durée 16 jours, 11 séances, guérison.

Obs. XVII. — M... F..., voilier, 20 ans.

Polyarthrite blennorragique des deux genoux et des deux pieds.

Début : 9 Mars 1914.

Massothérapie le 13 Mars (4^e jour).

Maximum des lésions au genou gauche et au pied droit,

où l'on constate une rougeur au niveau des malléoles.

Le 18 : le malade se lève et fait quelques pas.

Dernière séance : le 28 Mars.

Durée : 16 jours, 11 séances, guérison.

Obs. XVIII. — V... Y..., 21 ans, domestique.

Arthrite gonococcique du genou gauche.

Début : le 27 mars 1914.

Massothérapie : le 7 avril : choc rotulien, flexion à peine ébauchée.

Le 10 : premier lever ; la malade souffre au niveau de la fosse-iliaque gauche : salpingite.

Le 18 : le choc a disparu, les règles apparaissent sans incident.

Dernière séance : le 5 mai.

Durée : 28 jours, 15 séances, guérison.

Obs. XIX. — B..., M..., 40 ans, journalière.

Arthrite gonococcique radio-carpienne gauche pseudo-phlegmonneuse.

Début : le 28 Août 1911. Entre à Necker le 4 septembre.

Massothérapie : le 5 septembre.

Œdème pseudo-phlegmonneux à la face dorsale de la main, remontant jusqu'au 1/3 supérieur de l'avant-bras.

Doigts en griffes, impossibles à mobiliser.

Le 6 septembre : la malade n'a toujours pas dormi, soulagement après la séance.

Le 7 : bonne nuit, les doigts peuvent être étendus sans douleur.

Le 8 : la malade se sent mieux, elle peut remuer les doigts, le gonflement de l'avant-bras diminue.

Le 9 : a souffert un peu plus hier, a bien dormi.

Le 11 : les espaces inter-osseux se dessinent, poignet très diminué mais encore douloureux, quelques mouvements actifs du poignet.

Le 12 : mouvements passifs du poignet sont limités.

Le 13, 14, 15 : l'extension des doigts est encore imparfaite.

Le 19 : la malade a pu faire sa vaisselle, avec quelque difficulté cependant.

Le 20, 21 : ne souffre plus en se servant de sa main : s'en sert encore avec maladresse.

Le 25, 27 : la malade coud toute la journée sans fatigue.

Dernière séance : le 5 octobre, guérison parfaite.

Durée : un mois, 21 séances.

Obs. XX. — (Personnelle) O... I..., 26 ans, cuisinière. Monoarthrite blennorragique du genou droit.

Début le 26 janvier 1920 par arthralgies multiples au niveau des bras et de la cuisse droite.

La malade, dont les règles sont apparues la veille, doit interrompre son travail.

Dans la nuit du 27 au 28, la malade est réveillée par une douleur aiguë au niveau du genou droit. Néanmoins elle fait son travail le 28, se trouvant soulagée quand elle marche. On donne de l'aspirine et du salicylate mais la malade n'étant pas mieux rentre à l'Hôtel-Dieu (service du Dr Caussade) le 2 février.

Massothérapie le 12 : Genou droit gonflé et très douloureux, surtout dans les régions latéro-rotuliennes et au niveau du creux poplité ; le genou est immobilisé en flexion.

Le 13 Février : la malade a pris du chloral mais n'a pas dormi.

Le 14 février : la malade a dormi 4 heures. La douleur au niveau de l'interligne est un peu atténuée, elle persiste surtout au niveau du ligament latéral interne.

Le 15 février : la malade peut fléchir le genou à l'angle droit.

Le 17, 18 février : le gonflement a diminué, la douleur au niveau du creux poplité persiste. On commence quelques mouvements actifs.

Le 20 février : la malade a souffert pendant la nuit. La

douleur à la palpation a reparu. Nous devons faire dix minutes d'effleurage superficiel avant d'aborder les plans profonds.

Le 21, 22, 23 février : Etat stationnaire. On continue néanmoins les mouvements actifs. La malade devra rester les jambes pendantes au bord du lit, 5 minutes par heure.

Le 27 février : Amélioration notable des phénomènes généraux. On commence les mouvements passifs.

Le 28, 29 février : la flexion et l'extension sont encore limitées, la malade met le pied à terre.

Le 1^{er} mars : le genou est d'apparence normale. La douleur à la palpation a disparu. La malade fait une dizaine de mètres.

Le 4, 5 mars : la malade marche pendant 2 minutes par heure. Entre temps, elle fait quelques mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse.

Le 10 mars : la malade est restée debout pendant deux heures dans l'après-midi.

Dernière séance le 15. La malade sort guérie.

Obs. XXI. — (Personnelle). M^{me} H..., 23 ans, ajusteuse
Périarthrite biennorragique du cou de pied gauche.

Début le 16 juillet 1920, par arthralgies multiples, la douleur se localise au cou de pied le 18 juillet, entrée à l'hôpital le 25 juillet.

Massothérapie : le 29 juillet (11^e jour).

Le cou de pied est tendu, l'œdème surtout marqué au niveau des gouttières rétro-malléolaires et à la plante, envahit le 1/3 inférieur de la jambe. Impossibilité de la flexion et de l'extension du pied. Les mouvements des orteils sont douloureux.

30 juillet : la malade a bien dormi, néanmoins nous retrouvons le pied aussi gonflé, aussi douloureux.

31 juillet : diminution de l'empâtement rétro-malléolaire.

2 Août : malgré l'absence de massage, hier, le gonflement est notablement diminué, douleur rétro-malléolaire atténuée ; la douleur à la plante persiste. La malade fait

quelques mouvements de flexion et d'extension des orteils.

3, 4, Août : nous trouvons la gouttière calcanéenne un peu plus empâtée. La malade fait de légers mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe.

5 Août : la flexion est améliorée, mais cause une douleur légère au niveau du tendon d'Achille.

6, 7 Août : le gonflement est à peu près disparu, l'adduction du pied est encore limitée. On commence la mobilisation passive.

8 Août : la malade a fait quelques mouvements des orteils et du pied dans la journée d'hier. Mouvements passifs douloureux à l'extension.

10 Août : l'extension sur point d'appui provoque une légère douleur du tendon d'Achille.

12, 13 Août : l'extension sur point d'appui n'est plus douloureuse, la malade fait quelques pas.

14 Août : la malade fait 20 mètres avec appui, le talon est un peu douloureux après la marche.

16 Août : les règles sont apparues sans incident, la malade fait 40 mètres. Une légère douleur au niveau des fléchisseurs.

17 Août : la malade fait 40 mètres le matin, 40 mètres le soir, entre temps marquage de pas.

18 Août : la malade ne souffre plus et fait 20 minutes de marquage de pas par heure.

19 Août : sort sur sa demande.

21 Août : la malade fait près d'un kilomètre à pied pour venir à l'hôpital.

23 Août : le pied est un peu gonflé, mais la malade ne souffre pas.

25 Août : la marche est absolument normale.

28 Août : le pied est d'apparence normale, la malade fait son travail habituel.

2 Octobre : la malade est revue en très bon état.

Durée : 30 jours, 22 séances, guérison.

CONCLUSIONS

L'arthrite étant une complication fréquente et grave de la blennorrhagie, capable de compromettre à jamais l'avenir d'un membre, il importe de lutter contre elle par une méthode de traitement donnant des résultats durables et constants.

Atténuer la douleur, diminuer l'épanchement intra et péri-articulaire, limiter au minimum les lésions ligamentaires, voire osseuses, empêcher l'atrophie réflexe des muscles, permettant une mobilisation active précoce, tel est le but que nous devons nous proposer.

Or, la physiologie nous apprend que le massage fait disparaître la douleur dont l'intensité semblait devoir contre-indiquer son emploi, que, par son action sur la résorption des infiltrats pathologiques, il constitue l'antiphlogiostique idéal, qu'il tonifie les muscles et sauvegarde leur fonction, qu'il lutte en somme contre tous les désordres que la phlegmasie entraîne dans les tissus intra et para-articulaires.

Mais le massage n'est vraiment actif que lorsqu'il s'adresse à des tissus pathologiques non encore organi-

sés et ne présentant pas ces lésions de cicatrice, si rapidement apparues dans l'arthrite gonococcique.

Nous interviendrons donc, le plus tôt possible, sans attendre, comme il est classique de le faire, la résolution des phénomènes inflammatoires.

Ces phénomènes traduisent une réaction salutaire de l'organisme luttant contre l'agent pathogène. Nous utiliserons cette réaction, nous la disciplinerons, nous veillerons simplement à ce qu'elle ne dépasse pas le but, en évoluant vers son stade ultime : la néo-membrane, l'ankylose ; nous susciterons peut-être, dans tout l'organisme, une réaction humorale salutaire.

Quoi qu'il en soit, la clinique apporte son tribut incontestable aux données physiologiques : elle nous montre que la massothérapie, mise en œuvre dès le début, dès que le diagnostic est posé, permet à coup sûr de restituer à l'articulation atteinte sa complète intégrité fonctionnelle.

La massothérapie, immédiate telle que l'a instituée le D^r Fège, reste à notre sens, la méthode de choix dans la cure des arthropathies blennorragiques.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu :
Le Président,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bard et Lequeux.** — « Des bons effets du Dmégon », *Société d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 8 décembre 1919.
- Baril.** — *Bulletin Académie de médecine*, Paris, août 1919.
- Bergeron.** — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1916.
- Billinkin.** — *Société électrothérapeutique*, 1905.
- Bonnamour.** — *Lyon médical*, 1914.
- P. Carnot.** — *Bibliothèque de thérapeutique Gilbert Carnot*, Physiothérapie.
- Chauvet.** — Traitement actuel du rhumatisme blennorragique, *Œuvre médico chirurgicale*, 1912.
- Cruveilhier.** — *Bulletin de la Société de Biologie*, 1913. — *Journal médical français*, 1919.
- Debré et Jean Paraf.** — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 nov. 1919.
- Delherm.** — Les agents physiques usuels, 1911.
- Dufour.** — *Société médicale des Hôpitaux*, 1919.
- Durey.** — Les agents physiques usuels, 1911.
- J Fège.** — Du massage précoce dans les traumatismes, Paris, 1899.
- A. Fège.** — Massothérapie de l'arthrite blennorragique à la phase aigüe, Paris, 1910.
- Haworth.** — *British medical Journal*, 1918.
- Horion.** — *Thèse de Paris*, 1919.
- Jacob.** — *Thèse de Lyon*, 1916.

- Laquerrière.** — *Société de médecine de Paris*, 1904.
- Le Dentu-Delbet.** — *Nouveau traité de chirurgie*. (Maladies des articulations).
- Le Fort.** — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1880.
- Legueu.** — *La Clinique*, 19 juin 1914.
- Le Moignic, Sézary, Demouchy.** — Action thérapeutique du lipovaccin, *Société de Biologie*, 1919.
- Mauclaire.** — *Progrès médical*, 1913.
- Morestin.** — Chirurgie générale des articulations, 1907.
- Nicolle et Blaizot.** — *Société de Biologie*, 29 nov. 1913.
- Nogues.** — *Archives urologiques de la clinique de Necker*, 31 mars 1914.
- Paraf (Jean).** — *Thèse 1919*, (Arnette éditeur, Paris).
- Petit.** — *Tribune médicale*, 1910.
- Pignol.** — Vaccinothérapie antigonococcique, *Thèse Paris*, 1919.
- F. Ramond.** — *Progrès Médical*, 13 avril 1912.
— *Consultations médicales françaises*.
- Robin et Maillard.** — *Bulletin thérapeutique*, 1913.
- Schmidt.** — *Congrès des Médecins et Chirurgiens américains*, mai 1910.
- Widal.** — *In traité Gilbert-Brouardel*, tome VIII. Rhumatismes.
-

